



Cogitare Enfermagem

ARTIGO ORIGINAL

PERCEPÇÕES DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A ATENÇÃO EM ANTICONCEPÇÃO*

Luciana Cristina dos Santos Maus¹, Evangelia Kotzias Atherino dos Santos², Marli Terezinha Stein Backes³, Alcira Escobar Marín⁴

RESUMO

Objetivo: identificar as percepções de equipes de Saúde da Família sobre a atenção em anticoncepção.

Método: pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritiva. Coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas, totalizando 55 participantes atuantes na Estratégia Saúde da Família de uma capital do Sul do Brasil. Para organização e codificação dos dados, utilizaram-se os recursos do software webQDA e, para análise dos dados, seguiram-se os quatro processos genéricos: apreensão, síntese, teorização e transferência.

Resultados: emergiram quatro categorias: percepções sobre a atenção em anticoncepção; ações da atenção em anticoncepção; características das pessoas que demandam atenção em anticoncepção; e sensações vivenciadas pelas equipes ao atuarem na atenção em anticoncepção.

Conclusão: os pontos e contrapontos levantados pelos participantes precisam ser amplamente discutidos durante o processo de trabalho das equipes, tendo em vista o aperfeiçoamento da atenção em anticoncepção, contribuindo, dessa maneira, para a redução das gravidezes não planejadas e suas implicações.

DESCRITORES: Pesquisa Qualitativa; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Planejamento Familiar; Anticoncepção.

*Artigo extraído da dissertação de mestrado "Atenção em anticoncepção: construção de propostas em conjunto com Equipes de Saúde da Família". Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.


COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:


Maus LC dos S, Santos EKA dos, Backes MTS, Marín AE. Percepções de equipes de saúde da família sobre a atenção em anticoncepção: pontos e contrapontos. Cogitare enferm. [Internet]. 2020 [acesso em "[colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano](#)"]; 25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.67381>.



Este obra está licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Florianópolis, SC, Brasil. 

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. 

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem e de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. 

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. 

PERCEPTIONS OF FAMILY HEALTH TEAMS ON CONTRACEPTION CARE

ABSTRACT

Objective: To identify the perceptions of Family Health teams on contraceptive care.

Method: A qualitative research, of the exploratory-descriptive type. Data collection was conducted by means of semi-structured interviews, totaling 55 participants active in the Family Health Strategy in a capital of southern Brazil. For the organization and coding of the data, the resources of the webQDA software were used and, for data analysis, the four generic processes were followed: apprehension, synthesis, theorization, and transfer.

Results: Four categories emerged, namely: perceptions on contraceptive care; contraceptive care actions; characteristics of the people who demand contraceptive care; and sensations experienced by the teams when working in contraceptive care.

Conclusion: The arguments and counterarguments raised by the participants need to be widely discussed during the work process of the teams, with the aim to improve contraception care, thus contributing to the reduction of unplanned pregnancies and their implications.

DESCRIPTORS: Qualitative Research; Primary Health Care; Family Health; Family planning; Contraception.

PERCEPÇÕES DE EQUIPOS DE SALUD FAMILIAR SOBRE LA ATENCIÓN EN MATERIA DE ANTICONCEPCIÓN

RESUMEN:

Objetivo: identificar las percepciones de los Equipos de Salud Familiar sobre la atención anticonceptiva.

Método: investigación cualitativa, exploratoria-descriptiva. Recopilación de datos a través de entrevistas semiestructuradas, con un total de 55 participantes activos en la Estrategia de Salud Familiar en una capital del sur de Brasil. Para la organización y codificación de datos, se utilizaron los recursos del software webQDA y, para el análisis de datos, se siguieron los cuatro procesos genéricos: aprehensión, síntesis, teorización y transferencia.

Resultados: surgieron cuatro categorías: percepciones sobre la atención en materia de anticoncepción; acciones de cuidado anticonceptivo; características de las personas que demandan atención anticonceptiva; y sensaciones que experimentan los equipos cuando se desempeñan en la atención anticonceptiva.

Conclusión: los puntos y contrapuntos planteados por los participantes deben ser ampliamente discutidos durante el proceso de trabajo de los equipos, con miras a mejorar la atención en la anticoncepción, a fin de contribuir en la reducción de embarazos no planificados y sus implicaciones.

DESCRIPTORES: Investigación Cualitativa; Primeros Auxilios; Salud Familiar; Planificación Familiar; Anticoncepción.

INTRODUÇÃO

Estima-se que 41% das gravidezes anuais, em escala global, não são planejadas. O uso de anticoncepcionais corrobora à diminuição desse percentual. Há, entretanto, previsão de que 33 milhões de mulheres/ano, que fazem uso de métodos anticoncepcionais, engravidem acidentalmente. Desse total, uma parcela resulta em abortos; outra, em bebês que não são planejados. As consequências das práticas de abortos são bastante estudadas, sendo pauta mundial para enfrentamento, visto que atinge em média 22 milhões de mulheres/ano, culminando com a morte de 47 mil mulheres/ano. Já as consequências da segunda escolha (opção pelo nascimento de bebês não planejados) não são retratadas adequadamente nos estudos⁽¹⁻²⁾.

Em âmbito nacional, os resultados da pesquisa Nascer no Brasil⁽³⁾ indicam que, para contribuir para melhores desfechos maternos e neonatais, é necessária a ampliação do planejamento reprodutivo, a fim de garantir às mulheres o direito de decidir se e quando desejam engravidar. Considerando a amostra expandida da pesquisa em apreço, os resultados apontam que 2% das entrevistadas (o que corresponde a mais de 50 mil mulheres) afirmaram ter tentado interromper a gestação atual. Além disso, o relato de sentimentos negativos ou ambivalentes em relação à gestação atual foi pontuado por um terço das participantes, ou seja, mais da metade das mulheres não planejava engravidar naquele momento. As mulheres com gestações não planejadas apresentaram menor cobertura pré-natal e início mais tardio da assistência pré-natal, segundo as análises dos pesquisadores⁽³⁾.

Tais retratos — gravidezes não planejadas, aborto e suas consequências, desfechos maternos e neonatais não favoráveis — apontam para a emergência da pauta relacionada com a atenção em anticoncepção. Com esse entendimento, e por considerar a Atenção Primária à Saúde (APS) um locus privilegiado para a atenção à saúde⁽⁴⁻⁵⁾, desenvolveu-se esta pesquisa, cujo objetivo consiste em identificar as percepções de equipes de Saúde da Família (eSFs) sobre a atenção em anticoncepção.

MÉTODO

Pesquisa de natureza qualitativa, do tipo exploratório-descritiva. O delineamento exploratório proporciona reconhecimento geral do fenômeno e, por sua vez, a esfera descritiva focaliza a descrição das características deste fenômeno⁽⁶⁾. Os resultados de pesquisas desta natureza oportunizam possibilidades de novas investigações e, sobretudo, tem potencial para mudar a realidade pesquisada⁽⁶⁾.

Nacionalmente, a Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu para reorganizar a APS através do acompanhamento e da coordenação do cuidado das equipes de Saúde da Família (eSFs), em determinado território⁽⁵⁾. No município escolhido para realização deste estudo, uma capital do Sul do Brasil, a APS é o principal eixo norteador da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). No momento da coleta de dados, a cidade tinha 128 eSFs, e foi a primeira capital do Brasil a atingir, em 2015, 100% de cobertura da ESF⁽⁷⁻⁸⁾.

Para este estudo, foram escolhidos cinco Centros de Saúde (CSs), sendo um CS de cada Distrito Sanitário (DS) do município. Os participantes da pesquisa foram os integrantes das eSFs vinculados aos CSs escolhidos: 23 Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), nove técnicos de enfermagem, 14 enfermeiras e nove médicos. O período de coleta de dados, referente à realização das entrevistas, deu-se entre junho e julho de 2015. Para registro das entrevistas semiestruturadas, utilizou-se, mediante autorização dos participantes após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), recurso de gravação de voz.

A organização e codificação dos dados teve apoio dos recursos do *software*

webQDA⁽⁹⁾. Para análise dos dados, foram usados os quatro processos genéricos: apreensão, síntese, teorização e transferência, que significam, respectivamente: a coleta de todas as informações e o início da análise; a associação e as variações das informações obtidas; a formulação de pressupostos e questionamentos diante das informações encontradas; e a socialização dos resultados da pesquisa⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

O Sistema CEP/CONEP aprovou esta pesquisa por meio do Parecer 1.076.501, em 25 de maio de 2015, depois de avaliar que ela está pautada nos termos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹²⁾.

RESULTADOS

Os resultados obtidos com a análise das 55 entrevistas semiestruturadas estão representados através de quatro categorias e suas respectivas subcategorias (Quadro 1), com ênfase na descrição dos pontos e contrapontos que as eSFs apontaram sobre a atenção em anticoncepção.

Quadro 1 - Categorias e subcategorias referente às Percepções de equipes de Saúde da Família sobre a atenção em anticoncepção: pontos e contrapontos. Florianópolis, SC, Brasil, 2016

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
I – Percepções sobre a atenção em anticoncepção	<ul style="list-style-type: none"> · Percepções relacionadas com métodos anticoncepcionais para evitar a gravidez/não ter filhos. · Planejamento familiar e controle de natalidade como sinônimo de atenção em anticoncepção. · Percepções relacionadas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), sexualidade, serviços profissionais, direitos sexuais e reprodutivos, autonomia das mulheres, condições econômico-sociais. · Dificuldade de entendimento relacionada ao termo anticoncepção.
II – Ações da atenção em anticoncepção	<ul style="list-style-type: none"> · Essência das ações (informação, orientação, aconselhamento e vigilância). · Formas das ações (consultas, grupos educativos, procedimentos e/ou técnicas, visitas domiciliares, atividades nas escolas, reuniões de equipe e discussão de casos). · Formas de acesso (acolhimento à demanda espontânea e agendamento de consultas). · Não atua ou percebe limites na atuação.
III – Características das pessoas que demandam atenção em anticoncepção	<ul style="list-style-type: none"> · Características mais comuns (mulheres jovens, adolescentes, baixo poder aquisitivo, baixa escolaridade, nuligesta ou multigesta). · Característica pouco comum (ser do sexo masculino).
IV – Sensações vivenciadas pelas eSFs ao atuarem na atenção em anticoncepção	<ul style="list-style-type: none"> · Sensações positivas (bem-estar, parceria, dever cumprido, prazer, segurança). · Sensações negativas (insegurança, frustração, impotência, mal estar).

Fonte: Elaboração das Autoras.

Os fragmentos das falas dos participantes ajudam a ilustrar e apoiam a compreensão dos resultados.

Categoria I – Percepções sobre a atenção em anticoncepção

Eu relaciono com planejamento familiar e com prevenção de possíveis gravidezes, principalmente na adolescência, em épocas consideradas, em teoria, inadequadas (E24 – médico)

Eu relaciono com DST, porque eu tenho o hábito de prescrever o anticoncepcional com o uso do método de prevenção de doença, que é o uso do preservativo. Então eu não descarto [...] eu sempre deixo bem claro para o paciente (E7 – enfermeira)

Categoria II – Ações da atenção em anticoncepção

Mais em nível de consultório, totalmente nível de consultório, demanda da pessoa. Ela chega: “Quero tomar o anticoncepcional”. A gente faz a consulta e prescreve. (E48 – enfermeira)

Antes a gente fazia o grupo. Não estava dando muito certo o grupo, não sei se era por causa do horário (E6 – enfermeira)

Categoria III – Características das pessoas que demandam atenção em anticoncepção

As meninas que estão muito cedo com vida sexual ativa [...] a nossa preocupação é com os adolescentes, mas também com as outras mães, com as outras mulheres que já tem filhos e se descuidam (E10 – ACS)

Os homens geralmente não procuram, então acho que fica muito na responsabilidade da mulher (E32 – médica)

Categoria IV – Sensações vivenciadas pelas eSFs ao atuarem na atenção em anticoncepção

Bem confortável. Eu acho que me sinto bem confortável. É muito raro dar alguma coisa de errado, tentar colocar um DIU e não conseguir. É [...] ou enfim, quando a pessoa não se adapta, eu me sinto segura de oferecer outros métodos, outras opções. Sinto-me bem segura com relação a isso (E17 – médica)

Sinto-me muito mal, muito. É frustração. Vê as meninas perderem. Imagina a menina com quinze anos, com dois, três filhos como é que vai fazer? Complicado. Estudar e adquirir alguma coisa mais tarde e criar estes filhos. É difícil (E3 – téc. de enfermagem)

DISCUSSÃO

Predominantemente, as eSFs têm “percepções relacionadas com métodos anticoncepcionais para evitar a gravidez/não ter filhos”. O enfoque dado aos métodos anticoncepcionais e a indicação de sua finalidade básica para evitar a gravidez/não ter filhos denota visão objetiva da atenção em anticoncepção, voltada aos aspectos fisiológicos, que comumente é apresentada às eSFs através dos manuais do Ministério da Saúde (MS) e livros relacionados ao tema⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Nas falas dos entrevistados, foi possível observar o uso corrente dos termos “planejamento familiar e controle de natalidade como sinônimo de atenção em anticoncepção”. O termo planejamento familiar, embora comumente adotado, inclusive para nomear a lei que o regulamenta no País (Lei nº 9.263/96)⁽¹⁵⁾, vem sendo questionado, por se considerar que o planejamento pode ser idealizado mesmo sem a intenção de se instituir uma família. Com esse entendimento, o MS sugere a substituição do termo planejamento

familiar por planejamento reprodutivo. Trata-se de adequação de nomenclatura, embora o conceito seja o mesmo: conjunto de ações de regulação da fecundidade com garantia dos direitos sexuais e reprodutivos⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Por sua vez, o termo controle de natalidade está associado com as imposições de leis e políticas de Estado sobre a vida reprodutiva das pessoas, com a finalidade de controle demográfico. No Brasil, configura crime agir nessa direção⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. A confusão conceitual parece não ser aleatória: talvez seja em virtude do que está impregnado no imaginário dos participantes. Estudo que analisa o tema no contexto nacional afirma que, no Brasil, as ações de planejamento reprodutivo foram “[...] uma clara política de controle de natalidade disfarçada sob o eufemismo de planejamento familiar, sendo, portanto uma manobra [...]”^(16:129).

Também há relatos de denúncias sobre o elevado número de laqueaduras, voltadas às mulheres brasileiras pobres e negras, realizadas inadequadamente por instituições assistenciais financiadas por capital externo⁽¹⁷⁾. Foi o que constatou a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 2006, quando evidenciou a persistência de desigualdades sociais relacionadas com o planejamento reprodutivo: o risco de uma mulher residente na região nordeste ser esterilizada é 52% maior do que o de uma mulher da região Sul⁽¹⁸⁾.

De outro lado, alguns participantes apresentaram “percepções relacionadas com ISTs, sexualidade, serviços profissionais, direitos sexuais e reprodutivos, autonomia das mulheres, condições econômico-sociais”, interligando o conceito da atenção em anticoncepção com outras esferas que permeiam o tema. É de suma importância constatar que os integrantes das eSFs traçam esse paralelo com as questões da saúde sexual, especialmente as relacionadas à prevenção das ISTs, inclusive ao HIV, com a atenção em anticoncepção. Em razão da feminização, juvenização e pauperização da epidemia de AIDS, o MS fomenta que as ações sejam trabalhadas em conjunto⁽¹⁴⁾.

Sabe-se que os métodos anticoncepcionais com menor taxa de falha para gravidez são aqueles que menos protegem contra as ISTs, portanto, a percepção do risco para IST afeta a escolha do método anticoncepcional⁽¹⁹⁾. Um conceito muito difundido é o da dupla proteção, ou seja, métodos anticoncepcionais que promovam, simultaneamente, a proteção contra as ISTs, bem como a gravidez. Estimular o uso de preservativo (masculino ou feminino), associado ao uso de outro método anticoncepcional, parece ser a opção mais adequada, considerando, principalmente, as implicações de uma gravidez não planejada e a incidência de ISTs/HIV⁽¹⁹⁾.

Em relação à sexualidade: dialogar sobre sexualidade ainda é considerado tabu. Muitos profissionais sentem dificuldades de abordar esse tema durante os atendimentos⁽¹⁴⁾. Cumpre observar que, ao tratar de aspectos da anticoncepção, permite-se, em certa medida, acessar as questões relacionadas com a sexualidade (e vice-versa).

Com pouco predomínio, entretanto com profundidade, algumas falas foram relacionadas com os direitos sexuais e reprodutivos. Entender a atenção em anticoncepção pela ótica dos direitos sexuais e reprodutivos é uma das visões mais abrangentes, pois considera que as pessoas têm o direito de decidirem se querem ou não ter filhos, de maneira livre e responsável, assim como o direito de viver e expressar livremente sua sexualidade⁽¹⁴⁾.

Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) de 1994, realizada no Cairo, e na IV Conferência Mundial sobre a Mulher de 1995, realizada em Pequim, as noções dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como o conceito de empoderamento da mulher, entraram em pauta⁽²⁰⁻²¹⁾. Apesar disso, no contexto da saúde sexual e reprodutiva, é comum identificar direitos sendo cerceados⁽¹⁷⁾. Por isso, todas essas percepções ampliadas e relacionadas com temas que permeiam a atenção em anticoncepção, pontuadas pelos participantes desta pesquisa, têm potencial para oportunizar o aperfeiçoamento da atenção ofertada.

Um exemplo disto são os achados da subcategoria “essência das ações”, que tem compreendido a questão da informação, orientação, aconselhamento e vigilância. Em essência, trata-se de aconselhamento, em diferentes medidas. Segundo o MS,

[...] a atenção em anticoncepção pressupõe a oferta de informações, de aconselhamento, de acompanhamento clínico e de um leque de métodos e técnicas anticoncepcionais, cientificamente aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, para homens, mulheres, adultos(as) e adolescentes, num contexto de escolha livre e informada^(14:111).

E recomenda a consideração de alguns pontos durante o aconselhamento na atenção em anticoncepção: a preferência da mulher, do homem ou do casal; a característica dos métodos (eficácia, efeitos secundários, aceitabilidade, disponibilidade, facilidade de uso, reversibilidade, proteção contra IST/HIV); os fatores individuais e o contexto de vida relacionados aos usuários, como condições econômicas, estado de saúde, características da personalidade da pessoa, fase da vida, padrão de comportamento sexual, aspirações reprodutivas, fatores culturais e religiosos, bem como outros fatores como medo, dúvida e vergonha⁽¹⁴⁾. Percebe-se que são muitas e variadas as considerações ao aconselhar quanto aos métodos e às técnicas anticoncepcionais, assim como também são variadas as formas das ações oferecidas.

Na subcategoria “formas das ações”, a consulta individual foi o modelo predominante. Muitas falas pontuam a realização de grupos educativos como uma possibilidade, entretanto, trazem ressalvas em relação a essa estratégia de atuação. Apesar de pouco pontuadas, também surgiram falas relacionadas às atividades nas escolas, assim como aos grupos educativos. As atividades nas escolas foram apontadas como uma possibilidade para o aperfeiçoamento da atenção em anticoncepção.

As diferentes maneiras de atuar na atenção em anticoncepção (consultas, grupos educativos, procedimentos e/ou técnicas, visitas domiciliares, atividades nas escolas, reuniões de equipe e discussão de casos) mostram que há inúmeras estratégias para efetivar essa atenção na APS. Além disso, esses distintos modos de atuação oportunizam que todos os integrantes das eSFs, dentro de suas atribuições, possam contribuir continuamente para o aperfeiçoamento da atenção em anticoncepção. E, ao relacionar as falas, percebe-se que se estabelece um elo entre as formas de atuar, isto é, há forte ligação entre as ações de todos os integrantes das eSFs e, como consequência, a depender de como se age, há repercussão na cadeia de ações oferecidas e realizadas em relação à atenção em anticoncepção.

Aqui aparece um dos fundamentos da APS, que fomenta o trabalho em equipe de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também que a capacidade de cuidado de toda a equipe seja ampliada⁽⁵⁾. As ressalvas feitas pelos participantes em relação às atividades nas escolas denotam que as ações de promoção e prevenção que articulam práticas de formação, educação e saúde, sobretudo a educação para a saúde sexual e reprodutiva preconizadas através do Programa Saúde na Escola (PSE), não estão sendo realizadas de maneira sistemática pelas eSFs⁽⁵⁾.

Ao mencionar as diferentes formas de ações, emergiram ainda as “formas de acesso”, com predomínio significativo ao acolhimento à demanda espontânea. Muito se tem discutido sobre o conceito e as maneiras de acolhimento. Entretanto, para o MS⁽²²⁾, o acolhimento se revela em práticas concretas, para além do discurso, das relações de cuidado. Em sua essência, o acolhimento à demanda espontânea possibilita, entre outras coisas, o que de mais elementar pode ser oferecido aos usuários dos serviços de saúde — o acesso.

Esse acesso universal é uma das diretrizes da APS, a “porta de entrada” preferencial da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade nas questões de atenção à saúde⁽⁵⁾, consequentemente, quando pertinente, também para as questões da atenção em anticoncepção.

Por sua vez, na subcategoria “não atua ou percebe limites na atuação”, constata-se que alguns integrantes das eSFs não se percebem agentes de atuação na atenção em anticoncepção. Entretanto, as formas de atuação são inúmeras e têm potencial para envolver toda a equipe. A própria Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) enumera 18 atribuições comuns a todos os profissionais da APS, entre as quais está a garantia da atenção à saúde por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos com vistas à integralidade, garantia de atendimento da demanda espontânea, realização de ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde⁽⁵⁾, e entre essas atribuições cabe a atenção em anticoncepção.

Ao se considerar as percepções que as eSFs têm sobre a atenção em anticoncepção, assim como as ações operadas, os participantes descreveram que a atenção em anticoncepção oferecida é demandada, predominantemente, por mulheres jovens, especialmente as adolescentes, com variação entre as nuligestas ou as multigestas, de baixo poder aquisitivo e baixa escolaridade (subcategoria “características mais comuns”).

A subcategoria “característica pouco comum” tem na figura masculina a fala mais pontuada. No tocante à relação mulher/homem, problematiza-se o quanto o tema da anticoncepção ainda é uma atribuição quase que exclusiva das mulheres. Essa discussão será pautada levando em conta o contexto político-legal do cenário brasileiro. No início da década de 1980, tem-se o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o movimento feminista como precursores na luta para uma atenção à saúde da mulher voltada à saúde sexual e reprodutiva⁽¹⁷⁾, ou seja, movimentos de mulheres que, com atos legítimos, chamavam para si a responsabilidade e o domínio de seus corpos.

Em contrapartida, apesar desses esforços, imperava, até a Constituição de 1988, perversa forma social de paternidade — a ilegal, que correspondia a filhos nascidos fora do casamento. Aos bastardos, a lei não obrigava o reconhecimento. A negação pura e simples da paternidade era permitida se o homem desejasse⁽²³⁾. Com essas divergências, imagina-se que uma mesma geração fizesse a seguinte leitura: as mulheres estão chamando a responsabilidade para a questão da anticoncepção, enquanto os homens seguem protegidos por uma lei que os exime de qualquer responsabilidade sobre o assunto.

As discussões se aprofundam ao longo do tempo e, em alguma medida, há o aperfeiçoamento das leis que protegem as crianças⁽²⁴⁾. Então, sob as novas normativas e entendimentos, surgem as adequações em políticas públicas, por exemplo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)⁽²⁵⁾ e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)⁽²⁶⁾.

A primeira surgiu em 2004 e, entre outros pontos, traz como um de seus objetivos o estímulo à implantação e implementação do que denomina assistência em planejamento familiar. Interessa observar que esse é o único objetivo, entre os demais dessa política, que estimula a participação de homens e mulheres, adultos e adolescentes nas ações concernentes ao tema⁽²⁵⁾. Nessa mesma perspectiva, quatro anos depois, a PNAISH vem para assegurar aos homens o direito à participação naquilo que agora denomina planejamento reprodutivo, e a mesma política dita que urge superar a restrição da responsabilidade sobre as práticas contraceptivas às mulheres⁽²⁶⁾.

Apesar da força de direcionamento que as políticas têm, reflete-se pouco quanto à prática dos serviços de saúde, como se observou em estudo⁽²⁷⁾ que explora essa (des) articulação entre a assistência prestada aos homens e às mulheres em serviços da APS. Concluiu-se que há iniquidades e uma polarização mulher-reprodução versus homem-sexualidade na estrutura organizacional dos serviços de saúde. Para vencer essa lógica, apostam na integralidade dos serviços para (re)articular as questões de sexualidade e reprodução para homens e mulheres⁽²⁷⁾.

De outro estudo⁽²⁸⁾, que explora a percepção das enfermeiras sobre o serviço de planejamento familiar voltado à população masculina, emergiram os resultados que mostram que a vergonha, o preconceito e o medo de se sentirem vulneráveis são os possíveis motivos para o afastamento dos homens dos serviços de saúde e, conseqüentemente, das

ações de saúde sexual e reprodutiva. Em relação à procura por esterilização (vasectomia), os maiores obstáculos são as ideias preconcebidas e equivocadas que os homens ainda têm sobre o tema⁽²⁸⁾.

Por fim, sobre as “sensações vivenciadas pelas eSFs” ao atuarem na atenção em anticoncepção, observou-se que as falas ilustram sentimentos de bem-estar, dever cumprido, prazer, segurança. Mas alguns integrantes das eSFs, a depender de situações vivenciadas, pontuam que sentem insegurança, frustração, impotência e mal-estar. Sabe-se que a relação terapêutica entre o profissional de saúde e o usuário é de suma importância para a condução do processo de saúde. E dessa relação emergem sentimentos, por vezes não favoráveis para o estabelecimento do vínculo tão necessário para a manutenção dessa relação.

Logo, identificar essas sensações por parte dos integrantes das eSFs, quando da atuação na atenção em anticoncepção inclusive, permitirá considerar todos esses sentimentos para compreensão e não julgamento das dinâmicas de vida dos usuários⁽¹⁴⁾.

Ao (re)visitar as sensações que afloram quando atuam na atenção em anticoncepção, sejam elas positivas ou negativas, as eSFs podem, num movimento constante de mudança, aperfeiçoar essa atenção. Isso porque, ao se sentirem seguras, experimentando sensação de dever cumprido e felizes com sua atuação, as eSFs poderão manter e aperfeiçoar o padrão da atenção oferecida. Em sentido oposto, ao sentirem frustração, impotência ou insegurança, poderão se mobilizar em busca de novas alternativas para o aperfeiçoamento desta atenção, vencendo assim uma lógica simplista e determinista sobre a temática, para articular com a atenção em anticoncepção temas como sexualidade, relações de gênero, responsabilidade dos sujeitos⁽²⁹⁾, em busca da autonomia reprodutiva⁽³⁰⁾.

Cabe ressaltar que esse estudo se limitou em identificar as percepções de eSFs sobre a atenção em anticoncepção de uma capital do Sul do Brasil, com considerável destaque no cenário nacional, deste modo, não cabe atribuir generalizações aos resultados descritos.

CONCLUSÃO

Os pontos e contrapontos apresentados referentes à atenção em anticoncepção e seus temas relacionados têm potencial para serem amplamente discutidos, aprofundados e aplicados pelas eSFs durante o processo de trabalho, tendo em vista o aperfeiçoamento desta atenção.

Destaca-se que este estudo contribui para a construção do conhecimento, não só para a enfermagem, mas para todo o contexto da ESF, principalmente por reconhecer que a atenção em anticoncepção deve e pode ser oferecida por toda a eSF de forma compartilhada, em um permanente e constante equilíbrio.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio recebido durante a realização desta pesquisa - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. Cavalhieri FB. Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa de um instrumento para

- mensuração de gravidez não planejada (London Measure of Unplanned Pregnancy) [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2011 [acesso em 25 out 2015]. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/D.7.2011.tde-20062011-141727>.
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. Genebra: OMS; 2013.
 3. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN da, Theme Filha MM, Costa JV da, et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 [acesso em 14 set 2015]; 30(Suppl 1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>.
 4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO/ Ministério da Saúde; 2002.
 5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
 6. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo (SP): Atlas; 2014.
 7. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica (DAB). Histórico de cobertura da Saúde da Família. Brasília (DF); 2016 [acesso em 28 out 2016]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.
 8. Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF). Relatório de Gestão. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde [Internet]. 2014 [acesso em 28 out 2015]. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/21_05_2015_13.39.14.245d6a6350d79e4d7be4ef2b2c4592ba.pdf.
 9. Souza FN de, Costa AP, Moreira A, Souza DN de, Freitas F. WebQDA: manual de utilização rápida. [Internet] Aveiro (PT): Universidade de Aveiro; 2016 [acesso em 20 nov 2016]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/16171>.
 10. Trentini M, Paim L. Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. Florianópolis (SC): Insular; 2004.
 11. Trentini M, Paim L, Silva DGV, editores. PCA: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. Porto Alegre (RS): Moriá; 2014.
 12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília; 2012.
 13. Aldrighi JM, Sauerbronn AVD, Petta CA. Introdução e classificação dos métodos contraceptivos. In: Aldrighi JM, Petta CA, organizadores. Anticoncepção: aspectos contemporâneos. São Paulo: Editora Atheneu; 2005, p.1-12.
 14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
 15. Brasil. Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidade e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 15 jan 1996.
 16. Gomes LS. Planejamento familiar: do controle da natalidade à reprodução humana, três décadas de contradições e avanços [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005.
 17. Ventura M. Direitos reprodutivos no Brasil. 3. ed. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA; 2009.
 18. Ministério da Saúde (BR). Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

19. Simões JA, Magalhães J, Camargo RPS. Anticoncepção e doenças sexualmente transmissíveis. In: Aldrighi JM, Petta CA, organizadores. Anticoncepção: aspectos contemporâneos. São Paulo: Editora Atheneu; 2005, p.163-170.
20. Organização das Nações Unidas (ONU). Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – Plataforma do Cairo [Internet]. 1994 [acesso em 22 jun 2014]. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/biblioteca/cipd>.
21. Organização das Nações Unidas (ONU). IV Conferência mundial sobre a mulher. Plataforma de ação. Pequim: ONU; 1995.
22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
23. Berquó E (organizadora). Sexo & Vida: um panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora da UNICAMP; 2003.
24. Brasil. Lei n. 8.560, de 29 de dezembro de 1992. Regula a investigação de paternidade dos filhos havidos fora do casamento e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 30 dez 1992.
25. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
26. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
27. Pinheiro TF, Couto MT. Sexualidade e reprodução: discutindo gênero e integralidade na Atenção Primária à Saúde. Physis [Internet]. 2013 [acesso em 10 ago 2015]; 23(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000100005>.
28. Casarin ST, Siqueira HCH de. Family planning and men's health from nurses' perspective. Esc Anna Nery [Internet]. 2014 [acesso em 14 ago 2015]; 18(4). Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140094>.
29. Cabral C da S. Articulações entre contracepção, sexualidade e relações de gênero. Saude soc. [Internet]. 2017 [acesso em 29 jun 2019]; 26(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017000001>.
30. Potter JE, Stevenson AJ, Coleman-Minahan K, Hopkins K, White K, Baum SE, et al. Challenging unintended pregnancy as an indicator of reproductive autonomy. Contraception. [Internet]. 2019 [acesso em 30 jun 2019]; 100(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2019.02.005>.

Recebido: 11/06/2019

Finalizado: 30/04/2020

Editora associada: Susanne Elero Betioli

Autor Correspondente:

Luciana Cristina dos Santos Maus

Universidade Federal de Santa Catarina

Av. Amaro Antônio Vieira, 1820 – 88034101 - Florianópolis, SC, Brasil

E-mail: lucianamaus82@gmail.com

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - LCSM, EKAS

Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - LCSM, EKAS, MTSB, AEM

Aprovação da versão final do estudo a ser publicado - EKAS, MTSB, AEM

Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - EKAS
